



## Sección 4

### Gráficos de prevención personal

Pregunte a su proveedor de cuidados de salud con qué frecuencia necesita cada tipo de cuidado y la meta que usted debe alcanzar. Luego, escriba esta información en los gráficos. También anote la fecha y el resultado de la atención recibida, o pida a su médico que anote esta información. Procure no olvidar llevar el folleto cada vez que visite a un proveedor de cuidados de salud. Estos gráficos le ayudarán a mantener seguimiento sobre cuándo necesita su próximo examen o comprobación y le ayudarán a mantener el seguimiento de los medicamentos que está tomando.

## Gráfico de prevención personal

Tipo de cuidado	Frecuencia	Meta	Fecha y resultados					
<b>(ejemplo)</b> Presión arterial	<i>Una vez al mes</i>	<i>130/70</i>	<i>8/12/98</i>					
<b>Presión arterial</b>								
<b>Colesterol</b>								
<b>Peso</b>		<i>El mejor peso en mi caso:</i> _____						
<b>Visita dental</b>								
<b>Visión</b>								

Pregunte a su médico o a otro proveedor de cuidados de salud con qué frecuencia necesita cada tipo de examen. Anote esta información en este registro. Pida a su médico que anote la fecha en que usted se practica los exámenes y sus resultados. No olvide llevar el folleto consigo cada vez que visite a un médico. Este registro le ayudará a hacer el seguimiento de cuándo necesita su próximo examen o comprobación.

## Gráfico de exámenes para el cancer

Tipo de examen	Frecuencia	Fecha y resultados							
<b>Prueba de sangre oculta en las heces</b>	<i>Una vez al año</i>	<i>1/9/99 negativo</i>							
<b>Mamografía</b>									
<b>Frotis de Pap</b>									
<b>Sigmoidoscopia</b>									

Anote la fecha en que recibió cada inmunización  
(inyección)

### Gráfico de inyecciones contra la influenza

Frecuencia	Fecha							
Una vez al año comenzando a la edad de 65 años								

### Gráfico de inyecciones contra el tétano

Frecuencia	Fecha	Fecha
Cada 10 años		

### Gráfico de inyecciones contra la pulmonía

Una vez a los 65 años de edad	Fecha:
----------------------------------	--------

En los espacios a continuación, anote el nombre de cada medicamento que toma, la razón por la cual lo toma, y cómo lo toma. Añada los nuevos medicamentos que reciba. Usted podrá mostrar la lista a su proveedor de cuidados de salud y farmacéutico. Puede hacer copias del formulario para uso futuro.

## Gráfico de medicamentos

Nombre del medicamento	Razón por la cual lo toma	Dosis/fecha de inicio	Veces por día
<i>Penicillina VK 250 mg</i>	<i>Para tratamiento de garganta</i>	<i>1 tableta 4 veces por día empezé 11/22/99</i>	<i>9 a.m., 1 p.m. 5 p.m., 9 p.m.</i>